

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 155

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES PARA-OVARIENS

A PÉDICULE TORDU

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 22 MAI 1920

PAR

EMMANUEL AGOSTINI

Né le 27 décembre 1890 à Zonza (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

DE ROUVILLE, Professeur, *Président*.
FORGUE, (O *) Prof.
P. DELMAS, Agrégé.
ETIENNE Agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES PARA-OVARIENS
A PÉDICULE TORDU

7



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0186

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 155

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES PARA-OVARIENS

A PÉDICULE TORDU

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 22 MAI 1920

PAR

EMMANUEL AGOSTINI

Né le 27 décembre 1890 à Zonza (Corse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

{ DE ROUVILLE, Professeur, *Président*.
FORGUE, (O *) Prof.
P. DELMAS, Agrégé. } *Assesseurs*.
ETIENNE Agrégé.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA MANUFACTURE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).	DOYEN.
FORGUE (O ✱).	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TÉDENAT (O ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✱).
Physique médicale	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE. (O ✱).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✱).
Physiologie	HEDON (✱).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✱).
Anatomie	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✱).
Anatomie Pathologique	MASSABUAU (✱).
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Microbiologie	N.
Pathologie interne	N.
Clinique médicale	N.
Médecine légale et toxicologie	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, prof.-adj. ch. de c.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBREAU, (O ✱) a. l. (c. c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, ✱ a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale	CABANES.
Microbiologie	LISBONNE, agr. (ch. de c.)
Stomatologie	WATON (✱). (docteur).

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELT (✱).	DELMAS (Paul).	LISBONNE. ch. c.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH, ✱ (ch. d'ag.)
GAUSSEL. (✱).	J. DELMAS (✱).	
RICHE.	RIMBAUD. (✱).	

Examineurs de la thèse

MM. DE ROUVILLE, prof. président.	MM. P. DELMAS, agrégé.
FORGUE, (O ✱) professeur.	ETIENNE, agrégé.

La faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Le souvenir impérissable de sa vie
intègre, de sa bonté, de son esprit
de sacrifice, sera pour moi le
meilleur guide de ma carrière
médicale.*

A LA MÉMOIRE
DE MON FRÈRE ET DE MA SŒUR CHÉRIS

A LA MÉMOIRE
DE MA TANTE MARIE-ANGE AGOSTINI

A LA MÉMOIRE
DE MON ONCLE VINCENT AGOSTINI
CURÉ DOYEN

E. AGOSTINI.

A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
et d'amour filial.*

A MA FEMME

Hommage de mon affection.

E. AGOSTINI.

A MON BEAU-PÈRE

A MON NEVEU L.-N. MICHELANGELI

A MES PARENTS, A MES AMIS

E. AGOSTINI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
P. DELMAS ET ETIENNE

A TOUS MES MAÎTRES

E. AGOSTINI.

AVANT-PROPOS

En ce jour qui consacre la fin de nos études médicales, nous nous rappelons notre ardeur au début de ces études, nos projets, nos souhaits, nos ambitions. La grande tourmente à soufflé, nous interdisant tout rêve d'avenir. Nos ambitions, nos souhaits, nos projets se sont fondus dans un même creuset « Le Devoir ».

Il nous reste le souvenir de ces heures terribles. Ce souvenir, fait des souffrances de nos camarades et des nôtres, nous soutiendra dans nos heures de fatigue et de découragement. Nous n'oublierons jamais ceux dont la place était marquée à nos côtés, vers eux vont nos pensées les plus émues.

Il nous est agréable de pouvoir exprimer ici notre reconnaissance à M. Léon Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon, près de qui nous avons rempli pendant quatorze mois les fonctions d'interne. Sa grande science, son habileté merveilleuse, la clarté de ses cliniques magistrales, nous ont ouvert des horizons nouveaux et nous ont appris à aimer la chirurgie.

Notre gratitude infinie va à l'illustre savant, M. Auguste Lumière, nous sommes heureux ici de pouvoir le remercier de tout notre cœur, il fut pour nous plus qu'un maître, un ami. Combien de fois notre pensée hésitante trouva son chemin près de lui. Fidèle disciple nous admirons son

œuvre puissante que nous pouvons synthétiser en deux mots « Science et Humanité ».

Nous remercions M. le professeur Alezais, directeur de l'Ecole de Médecine de Marseille, pour l'encouragement qu'il nous prodigua au cours de nos études.

Avant de quitter Montpellier et sa vieille Faculté, nous avons le devoir de remercier de tout notre cœur les maîtres éminents qui nous ont fait le plus bienveillant accueil.

A M. le professeur de Rouville, nous offrons l'hommage de tout notre respect pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. C'est dans son service que notre sujet a été inspiré, nous lui devons l'observation inédite qui fait l'objet de notre travail.

Qu'il nous soit permis ici de dire à M. le docteur Waton combien est grande notre reconnaissance pour ses bons conseils, autant que pour la sollicitude qu'il a bien voulu nous témoigner pendant notre séjour à Montpellier.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE des Kystes Para-Ovariens

A PÉDICULE TORDU

INTRODUCTION

La torsion est une complication fréquente et bien connue des kystes de l'ovaire qui grâce à leur pédicule possèdent une certaine mobilité dans la cavité abdominale. Les kystes para-ovariens sont des kystes du ligament large. Ce sont donc des kystes inclus. On comprend que la pédiculisation en soit un fait relativement exceptionnel. Dans certains cas cependant le kyste para-ovarien peut se développer vers le bord supérieur du ligament large, s'élever ainsi dans la cavité abdominale, étirer ce ligament et se constituer à ses dépens un véritable pédicule. Il se trouve alors dans les conditions d'un kyste de l'ovaire et peut comme lui être soumis à la possibilité d'une torsion.

Pozzi a désigné sous le nom de kystes rétro-péritonéaux des kystes parovariens qui ne restent pas confinés dans le ligament large, mais en dépassant les limites et cheminent

sous le péritoine très loin de leur point d'origine ; ce ne sont pas là des kystes qui rentrent dans notre étude.

Nous nous sommes bornés surtout à exposer en détail la pathogénie de la torsion du kyste para-ovarien ainsi que les lésions anatomo-pathologiques consécutives à cette torsion, ne consacrant que quelques pages aux autres chapitres en tous points semblables à ceux des kystes de l'ovaire.

M. le professeur de Rouville a bien voulu nous inspirer ce travail et nous en fournir les éléments. Il nous a confié une observation récente, personnelle, inédite, très détaillée que nous publions *in extenso*. Nous y ajoutons trois autres observations que nous avons pu réunir et qui n'ont pas encore paru dans une étude d'ensemble.

Nous ne pouvons songer à publier ici tous les cas connus. *Rioms*, dans sa thèse de Bordeaux en 1906, en a réuni 30. *Fossati* en 1908, dans un mémoire fort étudié, a pu en rassembler 119 dont 9 personnels. Ses quatre observations que nous apportons font donc un total de 123 cas.

HISTORIQUE

La torsion du pédicule des kystes parovariens est d'observation assez récente puisque le premier cas appartient à *Lawson Tail*, en 1879. En 1884, *Cushier* en communique une seconde observation.

Puis, jusqu'en 1895, ce sont de nouveaux faits rapportés par *Newmann-Lediard*, *Reamy*, *Fawell*, *Cortiguera*.

La communication de *Binaud* et *Chavannaz*, en 1896, ainsi que celle de *Begouin* et *Fieux* à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, en 1897, jettent un jour nouveau sur cette question.

Baron, en 1898, dans sa thèse inaugurale, de Paris sur la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire rapporte deux observations inédites dues l'une à *Bouilly*, l'autre à *Chaput*. Puis viennent celles d'*Herbeaux*, 1899 ; *Lund*, 1900 ; *Edebolhs*, 1901 ; *J. S. Faure*, 1902 ; *Hartmann*, *Chavannaz*, *Lance*, *Sikora*, *Sorel*, *Dainville*, 1903. C'est alors que paraît la thèse de *Lerivrain*, premier travail d'ensemble.

L'année suivante, *Lucas Championnière* et *Filhoulaud*, *Péraire*, *Fieux* et *Chavannaz* enlèvent de pareilles tumeurs,

En 1905 ce sont les cas de *Villard*, *Hartmann*, *Berkeley*. l'étude détaillée de *Vauverts* dans les annales de gynécologie.

En 1906, dans sa thèse de Paris, *Rioms* fait une longue

étude de la question, il publie l'observation inédite de *Demons*.

Fossati, en 1908, collecte 119 cas. Depuis, quelques observations isolées se sont succédé sans qu'aucun nouveau travail d'ensemble ne paraisse.

PATHOGÉNIE

Les diverses dénominations de « kystes wolfiens », « kystes du ligament large », « kystes du parovaire », sous lesquelles on a désigné les tumeurs qui nous occupent, prouvent que les différents auteurs qui les ont étudiées ne se sont pas toujours entendus sur leur formation et leur étiologie.

Lieutaud, le premier qui en fait mention dans son traité d'anatomie histologique et pratique, les considère comme des œufs pédiculés du ligament large.

Doran considérait quelques-uns de ces kystes comme de véritables hygromas sous-séreux développés dans le tissu connectif des ligaments larges.

De *Sinety* se demandait si quelques-unes de ces tumeurs n'avaient pas pour point de départ un ovaire accessoire situé dans le ligament large.

Actuellement, il est universellement admis que les kystes parovairiens se développent aux dépens des *restes wolfiens* du ligament large constitués par le *parovaire de Waldeyer*, l'*organe de Rosenmüller* et les *canaux de Gärtner*.

Toutes ces tumeurs kystiques auxquelles les vestiges du corps de Wolf donnent naissance, sont incluses dans le ligament large. C'est pourquoi la plupart des auteurs ont désigné ces tumeurs para-ovariennes sous le nom de kystes du ligament large.

Avec Rioms, nous pensons que ce terme est impropre.

On trouve en effet dans le ligament large des tumeurs développées soit au dépens de l'ovaire (kystes), soit au dépens de l'utérus (fibromex), tumeurs qui ont dédoublé le ligament large et se sont insinuées entre ses feuillets.

La dénomination de kystes du parovaire nous paraît aussi trop exclusive car elle ne semblerait désigner que les tumeurs kystiques développées aux dépens du paroophore.

Nous préférons employer l'expression plus générale de *kystes para-ovariens*.

Nous étudierons successivement :

1^o *Les causes de la torsion.*

2^o *Les conséquences de la torsion.*

I. — Causes de la torsion.

Ce sont à peu près les mêmes que celles qui interviennent dans la torsion des kystes de l'ovaire.

Mais pour les kystes para-ovariens, quelques éléments nouveaux interviennent qui, de ce fait, rendent la torsion plus difficile.

Le pédicule, contrairement à celui des kystes de l'ovaire qui est *toujours mince*, est d'une façon générale *toujours large*.

Il est en effet constitué :

1^o Par le ligament large qui s'est étiré sous l'influence du développement abdominal de la tumeur ;

2^o Par les vaisseaux qui se rendent aux parois du kyste ;

3^o Par la trompe d'une façon presque constante ;

4^o Par le hile de l'ovaire quand cet organe participe à la torsion.

D'autre part, les fibres musculaires qui entrent dans la

constitution de ce pédicule sont parfois hypertrophiées, le tissu conjonctif œdématisé, les vaisseaux dilatés.

Il en résulte que le pédicule des kystes para-ovariens est un pédicule normalement large. On l'a vu atteindre 6 centimètres, si on ajoute à cela qu'il est généralement plutôt court, 3 ou 4 centimètres, on comprendra facilement que si cette base d'implantation permet les mouvements dans le sens antéro-postérieur, véritables mouvements de « charnière » elle gêne en revanche considérablement les mouvements de rotation.

Il faut donc, pour que la torsion se produise, quelques conditions exceptionnelles dont les causes les plus importantes tiennent :

- 1° A la longueur et à la gracilité spéciale du pédicule ;
- 2° Au volume du kyste.

Toutes les autres, secondaires, tiennent aux modifications pouvant survenir dans la statique abdominale.

Les observations qui sont rapportées à la fin de ce travail nous paraissent très instructives à ces divers points de vue. Elles nous mettent en présence les 2 cas extrêmes.

Dans l'observation n° III (Tourneux et Lagarde), nous constatons que le « *pédicule assez court était légèrement tordu sur son axe* » et que le volume du kyste est celui d'une orange.

Dans l'observation n° IV (Mériel) le *pédicule a 3 cent. de long sur 4 à 5 cent de large* ; il est tordu 1 fois 1/2. Le volume du kyste est celui d'un petit melon.

Dans l'observation n° I (de Rouville) le pédicule est *très long, 15 cent., très grêle, 2 à 3 cent de large il a subi trois tours de spiré* et le volume des 2 kystes réunis est celui d'une tête d'enfant.

Cet exposé schématique nous amène à constater une progression croissante du nombre de tours de torsion, proportionnelle à la longueur et à la largeur du pédicule.

Cette longueur et cette largeur pédiculaire étant elles-mêmes proportionnelles au volume de la tumeur.

Les conditions primordiales intervenant dans le mécanisme de la torsion pédiculaire des kystes para-ovariens sont donc idéalement réalisées dans l'observation n° I ; nous ne les avons trouvées aussi parfaitement réunies dans aucune autre observation connue.

Les causes premières qui jouent un rôle effectif dans la torsion sont donc :

- 1° *La longueur du pédicule ;*
- 2° *La gracilité de ce pédicule ;*
- 3° *Le volume du kyste ;*

Cependant il a été démontré que dans quelques cas rares, même avec un pédicule large, la torsion peut se faire progressivement par mouvements successifs pour ainsi dire d'une façon chronique.

Comme causes secondaires, il faut citer :

1° *L'ascite* qui accompagne en général les kystes malins. Elle semble devoir favoriser la torsion en augmentant la mobilité et les glissements.

2° *Le relâchement de la sangle abdominale* avec ptose des viscères prédisposerait à la torsion.

On peut signaler encore :

3° *Les ébranlements de l'abdomen*, qui se produisent surtout à la suite d'une exploration médicale. Dans l'observation de M. de Rouville la malade eut une crise le soir même d'un examen.

4° *Les alternatives de repletion et de dépletion de l'intestin et de la vessie.*

5° *Les changements d'attitudes et de mouvements brusques du corps* : POTHERAT en particulier incrimine le passage brusque de la position debout à la position accroupie.

6° *Développement d'une tumeur au niveau du kyste* : En particulier un utérus en gestation.

En effet, les variations de volume de l'utérus pendant la grossesse, son évacuation brusque au moment de l'accouchement, et les efforts musculaires qui l'accompagnent peuvent peut-être causer la torsion du kyste. (Bégouin et Fieux).

7° *Les adhérences aux différents organes de l'abdomen* : pourraient évidemment favoriser la torsion du pédicule d'un kyste en immobilisant une partie de celui-ci tandis que les autres portions restent soumises aux différents changements intra-abdominaux. Cette cause est bien difficile à accepter, les adhérences que l'on trouve lors de l'opération étant presque toujours consécutives à la torsion. D'autre part, Tourneux et Lagarde (obs. n° III) pensent que si dans leur cas le kyste était si peu tordu, cela pouvait au contraire tenir aux adhérences qui immobilisaient la tumeur.

II. — Conséquences de la torsion

Quand il y a, selon l'expression de Boursier, étranglement vasculaire complet, la gangrène est fatale, on voit alors le kyste détaché de son insertion primitive, former une masse libre dans l'abdomen (Edelboth).

Au contraire, il existe un certain nombre de faits et ce sont les plus nombreux, où les accidents aigus du début qui traduisent l'étranglement vasculaire du pédicule, s'atténuent peu à peu, disparaissent même. Il ne persiste que des douleurs vagues et une augmentation de volume du kyste.

Que s'est-il donc passé, se demande Bégouin, et par quel mécanisme la circulation s'est-elle rétablie ? Olshausen a parlé de torsions qui ne seraient que temporaires ; c'est là un processus de détorsion que Boursier et Legueux reconnaissent possible, mais cependant assez rare.

Olshausen n'en aurait observé que deux cas probants. Terrillon et Boursier en signalent aussi quelques cas. En somme « la détorsion ne peut suffire à expliquer la *fréquence* de la disparition spontanée des accidents aigus du début de la torsion pédiculaire : il faut qu'à côté de cette détorsion exceptionnelle, il y ait pour établir la circulation un autre mécanisme qui est l'adaptation des vaisseaux à leur nouvelle situation. Après une période de début où il y a de la congestion, de l'œdème, et même de l'hémorragie, les tissus s'assouplissent, l'étranglement du pédicule s'atténue, la circulation artérielle qui n'avait presque jamais été complètement interrompue, se régularise et la circulation veineuse se rétablit peu à peu. Le pédicule reste tordu, mais il ne présente plus d'étranglement ni d'œdème et l'on voit que le sang y circule à l'aise : il y a eu une véritable accommodation circulatoire ».

Vanverts trouve cette hypothèse défendable : « J'estime que l'absence ou le peu d'importance des lésions dans certains cas doit être rapporté à la largeur du pédicule, grâce à laquelle la circulation peut se faire facilement, malgré les accidents de torsion. Le sang peut encore être amené à effectuer son retour, d'où absence de sphacèle et d'hémorragie ».

Boursier pense encore que la trompe quand elle est comprise dans le pédicule, fait office de coussinet.

Quoi qu'il en soit, il est évident qu'à un degré de rotation égal, un pédicule étroit sera plus profondément étranglé qu'un pédicule large, et c'est dans cette largeur du pédicule que l'on peut trouver la raison de la différence de gravité entre certains kystes para-ovariens présentant le même degré de rotation.

Si d'autre part, à cette torsion pédiculaire s'ajoutent des adhérences périphériques qui immobilisent la masse kystique dans cette rotation comme dans le cas de Mériel (obs. IV), on ne peut plus interpréter par la détorsion, la

disparition des accidents ; on ne peut alors admettre d'autre interprétation que celle de l'accommodation circulatoire.

Enfin, il faut admettre aussi avec Mériel, que les adhérences nombreuses et solides avec l'intestin, l'épiploon, la paroi abdominale peuvent jouer un certain rôle dans la circulation intra-kystique, mais ceci n'expliquerait que quelques cas tout à fait exceptionnels.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etudions séparément le pédicule, le kyste, les organes voisins.

PÉDICULE. — Le pédicule a déjà été étudié au chapitre précédent, nous en rappelons rapidement les caractères :

Il est constitué par les deux feuillets du ligament large et les vaisseaux qui se rendent aux parois du kyste. Ce ligament large a été élargi et aplati par le développement abdominal de la tumeur. La trompe en fait souvent partie. Par son épaisseur, elle jouerait même, dans certains cas, un rôle de protection contre l'étranglement complet par torsion.

Les dimensions du pédicule sont très variables : parfois très mince, presque membraniforme, il peut varier en largeur de 1 à 6 cent environ, et en longueur de 2 à 15 cent.

La largeur tient aux divers éléments et aux modifications que ces éléments peuvent subir dans la constitution du pédicule.

La longueur dépend du volume du kyste. Les kystes de petit volume sont sessilés, ou ont un pédicule trop large pour permettre la torsion. Dans les kystes de gros volume, au contraire, le ligament large est très élargi formant un long pédicule à la tumeur.

De cette largeur et de cette longueur dépend naturellement la position du kyste dans l'abdomen. La tumeur

est en général sus-pubienne. La torsion en raccourcissant la longueur du pédicule tend généralement à bloquer dans le pelvis des tumeurs antérieurement abdominales. Elles sont alors immobilisables, c'est le cas de nos observ. III et IV. Mais bien différemment s'est comporté le kyste de la malade de M. de Rouville. Dans le décubitus horizontal, il était parfaitement mobile dans tous les sens, et en position de Trédenlenburg on l'a vu aussitôt filer jusque sous le foie et on a assisté à son glissement rapide sur la face postérieure de la paroi abdominale. Cette migration est tout à fait exceptionnelle surtout après les trois tours de spire du pédicule.

Ce nombre de tours est aussi sous la dépendance directe de la longueur du pédicule d'une part et de sa largeur d'autre part, nous avons vu qu'un pédicule très long et très grêle aura une torsion plus considérable qu'un pédicule très court. Le nombre de tours de spire varie de $\frac{1}{4}$ de tour à 5.

Dans une observation fort intéressante, Edelbolhs signale que non seulement le pédicule s'était tordu mais que cette torsion avait abouti à la section totale et que le kyste détaché de son insertion primitive formait une masse libre dans l'abdomen.

Le sens de la rotation n'est pas indiqué dans toute les observations. La plus grande fréquence paraît cependant être de gauche à droite.

KYSTE. — Nous ne nous occuperons pas des caractères généraux des kystes para-ovariens. Ne retiendrons notre attention que les lésions consécutives à la torsion.

Nous faisons simplement remarquer une particularité continue dans notre observation première. Les kystes para-ovariens sont en effet généralement uniloculaires.

L'examen des pièces dans le cas de M. de Rouville a montré que la tumeur, qu'à première vue on croyait uni-

loculaire, était en réalité formée par deux kystes de volume inégal, l'un de la grosseur d'une tête de nouveau-né, l'autre, du volume d'une mandarine, ne communiquant pas l'un avec l'autre mais étant simplement réunis par un repli du ligament large.

Le volume des kystes est variable suivant le degré de torsion et paraît plus élevé au moment de la crise par suite des hémorragies intra-kystiques ; on a voulu en faire même un élément de diagnostic.

On peut admettre 3 degrés dans l'étranglement :

- 1^o congestion.
- 2^o hémorragie.
- 3^o sphacèle.

Le premier degré se voit rarement, il faut avoir la chance de tomber sur un début de torsion avant que le stade des hémorragies n'ait apparu. C'est ce qui fait un des intérêts particuliers de l'observation première (de Rouville). Dans la nuit qui a précédé l'intervention en effet et à la suite peut-être des manœuvres d'examen faites le matin, la malade est prise d'une violente crise de douleurs qui éveille l'attention sur une torsion probable du pédicule. Le diagnostic du kyste de l'ovaire simple avait été posé antérieurement.

L'examen des pièces a montré que la paroi des kystes était fortement violacée, infiltrée de sang dans toute son étendue, mais que le liquide malgré trois tours de spire était absolument fluide et citrin, *nullement hémorragique*. On paraît donc bien, dans ce cas, avoir pu assister au premier degré de lésion par torsion du pédicule.

L'examen microscopique, en effet, montre les vaisseaux dilatés « à fleur de vitrée » pourrait-on dire. Un pas de plus et c'était l'hémorragie intra-kystique qui caractérise le stade suivant.

Au deuxième degré il existe toute une série d'intermé-

diaires depuis les ecchymoses légères jusqu'à l'hémorragie en nappe qui peut emporter la malade. Dans ce cas, le liquide est mêlé à du sang et sa coloration varie selon l'époque plus ou moins ancienne où s'est fait l'épanchement. La comparaison généralement employée est celle de chocolat.

A un troisième degré enfin, comme dans le cas d'Edelbolhs, la circulation est complètement interrompue et il se fait du sphacèle. Nous avons déjà vu au chapitre de la Pathogénie que cette complication était exceptionnelle à cause de la permanence presque constante de la circulation dans le pédicule large des kystes para-ovariens.

OVAIRE. — L'ovaire, dans la plus grande partie des cas, suit le kyste dans sa rotation, mais alors il forme une tumeur absolument indépendante, on l'a vu dix fois aussi gros qu'un ovaire normal. Dans l'observation n° 1, il est décrit comme de volume d'un œuf de poule dont il a la forme.

Il constitue une tumeur noirâtre, véritable apoplexie ovarienne, totalement indépendante du kyste.

Il subit alors, quand il est compris dans la torsion, des modifications analogues à celles de la paroi du kyste : suffusions sanguines plus ou moins importantes séparées par du tissu ovarien normal.

TROMPE. — Comme l'ovaire et plus fréquemment encore que lui, la trompe fait partie constituante du pédicule. Elle jouerait alors peut-être un rôle important dans la conservation de la circulation intra kystique.

Elle est habituellement « en sautoir » « en écharpe » sur la tumeur, soumise elle aussi aux modifications interstitielles de la torsion.

PÉRITOINE. — Le péritoine réagit presque toujours quand la torsion a déterminé des lésions importantes du côté de

de la paroi-kystique. Il présente alors une inflammation qui se traduit par de la rougeur et de l'œdème autour du kyste trouvés lors de la laparotomie et par la formation d'adhérences qui sont notées dans la grande majorité des observations, adhérences intestinales, épiploïques, pariétales comme dans l'obser. n° III et IV.

Si au contraire la torsion est légère le péritoine reste normal.

ORGANES VOISINS. — Le kyste en se tordant augmente de volume et se déplace. La torsion, raccourcissant le pédicule d'autant plus que le nombre de spires sera plus considérable pourra transformer un kyste libre abdominal en kyste bloqué dans le pelvis. De ce fait les organes abdominaux peuvent être déviés ou déplacés.

Dans un cas de Reamy, le cœcum, le colon et l'iléon étaient fortement comprimés et il en était résulté une obstruction complète de ces portions de l'intestin qui étaient complètement décolorées

ÉTIOLOGIE

La fréquence de la torsion des kystes de l'ovaire a été évoluée à 6 ou 7 $\%$. Aucune statistique n'a été faite pour les kystes para-ovariens mais la proportion est certainement bien moindre.

Les femmes atteintes sont généralement des femmes jeunes en pleine activité sexuelle, de 15 à 40 ans.

Les grossesses antérieures semblent devoir être une notion étiologique à considérer. Dans quelques cas (Lawson Tait. Lund Hardmann Chaput) il y a coexistence de grossesses et de torsion du pédicule.

Le côté droit paraîtrait devoir être plus fréquemment incriminé que le gauche.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Il n'y a rien de spécial à dire sur la symptomologie de la torsion des kystes para-ovariens. Elle est en tous points semblable à celle des kystes de l'ovaire.

La crise de torsion ne manque presque jamais.

Le début est généralement brusque, sans cause, avec douleur violente et phénomènes de péritonisme. Cette crise est plus ou moins grave suivant que l'étranglement est plus ou moins accusé. Quand celui-ci est peu accentué le tableau symptomatique est moins dramatique.

Les phénomènes même aigus persistent quelques jours puis diminuent progressivement, la douleur seule ne cesse presque jamais complètement, le moindre attouchement la réveille.

Cet tableau nous montre qu'il est à priori bien difficile de trouver un seul des symptômes qui soit pathognomonique de la torsion du pédicule des kystes parovariens.

Dans ces conditions, il nous semble inutile d'étudier ici en détail le diagnostic de la torsion de ces kystes, cette étude ayant été faite souvent à propos de la torsion des kystes ovariens.

Un seul fait pourrait mettre sur la voie exacte du diagnostic: c'est qu'en raison de la largeur plus considérable du pédicule des kystes du parovaire, l'étranglement de ce pédicule est parfois moins intense que dans la

rotation des kystes de l'ovaire et les phénomènes cliniques un peu moins accentués.

L'examen chimique du liquide retiré par ponction pourrait faire affirmer ou tout au moins prévoir un kyste parovarien. Ceux-ci auraient une teneur en albumine bien inférieure à celle des kystes de l'ovaire. Mais d'une part, cet examen de liquide n'a été fait que très rarement, et d'autre part il n'aurait, antérieurement à l'intervention, aucun intérêt, puisque la technique opératoire reste en tout cas la même.

PRONOSTIC

On ne peut guère donner une idée exacte du pronostic d'un kyste para-ovarien tordu abandonné à son évolution naturelle. Nous n'en avons pas trouvé un seul cas dans la littérature médicale. Le chirurgien est toujours intervenu.

On peut penser que la mort puisse arriver par rupture du pédicule, gangrène ou infection du kyste et par péritonite.

D'une manière générale, la maladie évolue par poussées successives : après une première crise, survient une deuxième, puis une troisième, qui rendent la situation de la malade intolérable et dont seule une intervention chirurgicale peut la débarrasser.

TRAITEMENT

Ici encore, le traitement est exactement le même que pour les kystes de l'ovaire.

Les kystes parovariens sont d'ailleurs généralement une découverte opératoire.

L'ablation de la tumeur par la laparatomie médiane est le seul traitement universellement employé. Villard (de Lyon), cependant, signale un cas où la colpotomie postérieure permit d'enlever une poche kystique prolabée dans le Douglas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

(Professeur DE ROUVILLE)

**Double kyste du parovaire. — Triple torsion du pédicule. —
Participation de l'ovaire et de la trompe à la torsion.**

M^{me} P..., 36 ans, entrée à l'Hôpital Suburbain, service de M. le professeur de Rouville le 11 février 1920, pour tumeur abdominale et pertes blanches.

A. H. — Père mort à 50 ans, de maladie pulmonaire aiguë. Mère morte à 42 ans, d'affection indéterminée.

A. P. — Néant. Réglée à 13 ans ; règles régulières, peu abondantes (3-4 jours) forte dysménorrhée utérine. Mariée à 22 ans, quatre accouchements normaux. Une fausse couche.

DÉBUT. — Depuis le dernier accouchement en 1912, apparition de pertes blanches et de douleurs siégeant surtout à gauche. Jusqu'en 1914, la malade se soigne par des injections. Douleurs et pertes blanches augmentent progressivement. En 1915, apparition d'une petite tumeur dans la fosse iliaque gauche, du volume d'un œuf. La tumeur augmente rapidement de volume. En un an, elle acquiert le volume actuel.

ETAT ACTUEL. — Douleurs et pertes blanches ne cessent d'augmenter, douleurs siégeant tantôt à droite, tantôt à gauche, mais plus principalement à gauche. Les règles sont normales. Amaigrissement de 6 kilogs environ. Aucun trouble intestinal ou vésical. Rien aux autres appareils. Dans la nuit qui précède l'intervention, la malade souffre de violentes douleurs à forme paroxystique.

EXAMEN. — Tumeur médiane remontant jusqu'à l'ombilic et ayant le volume d'une grosse tête d'enfant.

Indolore, paraissant kystique, mate, très mobile dans tous les sens.

TOUCHER. — *Col* en position normale, très long dans le *cul de sac antérieur*, on sent légèrement l'utérus. Les *culs de sac latéraux* sont libres.

Dans le *cul de sac postérieur* on sent très nettement l'utérus que l'on refoule aisément. Sur la face postérieure, on perçoit 2 petits noyaux fibromateux sous-péritonéaux.

Par le palper combiné au toucher, on constate la complète indépendance de la tumeur d'avec l'utérus.

OPÉRATION LE 26 FÉVRIER 1920 — En mettant la malade en Trédenlenburg, on voit le kyste filer à droite jusque sous le diaphragme. Après laparotomie médiane on extériorise ce kyste gauche, du volume d'une grosse tête d'enfant, absolument bleuâtre qui était allé se loger sous le foie. Une triple torsion du pédicule s'était effectuée de gauche à droite, on prodigue successivement, la détorsion, la ligature et l'extirpation de la tumeur. L'utérus et les annexes droites saines sont laissés en place.

EXAMEN DES PIÈCES. — La pièce se compose de 3 parties distinctes.

1° *Un gros kyste* d'aspect bleuâtre très tendu, du volume d'une tête de nouveau-né. Ce kyste est totalement enve-

loppé par le péritoine du ligament large dont on le sépare avec une très grande facilité.

2° *Un petit kysté* du volume d'une mandarine pédiculé par un repli du ligament large sur le gros kyste, au niveau de son pôle supérieur près du bord droit.

3° *Une tumeur noirâtre* de consistance ferme, du volume d'un œuf de poule dont elle a la forme, à surface irrégulière où font saillie de nombreux kystes sanguins. C'est l'*ovaire* qui a subi la torsion comme les deux kystes. A la coupe suivant son grand axe, il apparaît rempli de poches hématiques, de volume variant entre une noisette et un petit pois, séparées par de la substance ovarienne normale mais rosée.

En échange, sur le pôle supérieur du gros kyste, se trouve la trompe unie au kyste au niveau du dédoublement du méso-salpinx, trompe triplée de volume (15 cent. environ) perméable, sans liquide dans sa cavité, mais on y trouve des hémorragies intra-pariétales par torsion. Le pavillon de la trompe était fixé sur le petit kyste, de telle façon que l'on croyait à première vue à des végétations.

A l'ouverture des deux kystes, il s'écoule un liquide absolument fluide et citrin, nullement hémorragique; mais la paroi est infiltrée de sang dans toute son étendue. Il y a donc eu hémorragie limitée à la paroi des kystes sans épanchement sanguin dans la cavité.

Le pédicule est très long, à 15 cent. environ, et très grêle 2 à 3 centimètres.

L'EXAMEN MICROSCOPIQUE montre qu'il s'agit d'un kyste du parovaire, la paroi est formée par un tissu fibreux renfermant de gros vaisseaux. Ceux-ci se présentent sous des incidences diverses et remplies de globules rouges. Autour de quelques vaisseaux on remarque une infiltration discrète par des polynucléaires et des lymphocytes.

De larges nappes hémorragiques s'infiltrèrent entre les fibres du tissu conjonctif et les dissocient. Cette infiltration

par les globules rouges se fait surtout à la partie moyenne de la paroi. Vers les parties interne et externe, le tissu fibreux se tasse au point de former 2 lames assez épaisses qui constituent des barrières à la progression de l'hémorragie. C'est surtout vers la couche interne que cette lame est épaisse. C'est une véritable vitrée.

La coloration à l'orséine ne révèle que quelques rares fibres élastiques autour des vaisseaux. Il s'agit donc d'un faisceau collagène pur.

Sur la vitrée repose un épithélium à petites cellules cylindriques et à cils vibratiles. Cet épithélium n'existe qu'en quelques endroits, il est desquamé sur la plus grande partie des préparations.

OVAIRE. — On reconnaît le tissu ovaarien par quelques cicatrices de corps jauné, le reste est occupé par de gros caillots sanguins et du tissu fibreux lâche infiltré de sang.

OBSERVATION II

Kyste du parovaire à pédicule tordu

LACOUTURE *Journal de Médecine* de Bordeaux, 20 mai 1906

La tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter est un kyste du parovaire qui offre de l'intérêt par suite de la torsion de son pédicule.

La malade avait eu dans l'espace de deux ans, plusieurs crises caractéristiques.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire avait été fait, la torsion avait été également diagnostiquée. Ce n'est qu'à l'opération que la situation exacte du kyste fut reconnue.

Le liquide de la poche n'était pas sanguinolent et présentait les caractères habituels aux kystes du parovaire

— couleur eau de roche — densité très faible, albumine en petite quantité.

L'opération fut pratiquée le 7 décembre 1905, la malade est sortie guérie le 28 décembre 1905 sans avoir présenté le moindre accident.

OBSERVATION III

Kyste hématique para-ovarien à pédicule très court légèrement tordu.

(TÖURNEUX ET LAGARDE. *Toulouse médical*, 1919, p. 352)

Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans, entrée le 27 novembre 1909 dans le service de M. le professeur Mériel et présentant depuis 4 mois environ des phénomènes douloureux dans la région abdominale. Les antécédents ne présentent pas grand intérêt : réglée à 11 ans, - elle avait toujours joui d'une excellente santé et n'avait jamais présenté aucun incident génital ou intestinal.

Vers la fin du mois de juillet dernier, subitement, elle ressentit une douleur vive dans la partie droite de l'abdomen. Cette douleur resta localisée en cette région durant 24 heures puis elle s'irradia du côté des lombes et de la face interne des cuisses.

Quelques jours plus tard la douleur devint soudain beaucoup plus violente se compliqua d'un certain nombre de symptômes (facies pâle, angoisse, pouls petit et rapide, vomissements alimentaires, constipation) qui firent porter d'abord le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë puis ensuite celui d'appendicite.

Sous l'influence du repos et d'un traitement local, tous ces phénomènes ne tardèrent pas à s'amender et au bout de 2 jours, il ne restait plus qu'un léger endolorissement de la région ; on constata alors, par la palpation, une tumé-

faction profonde dont les limites étaient assez difficiles à percevoir. Quelques jours plus tard, on arriva à mieux se rendre compte de l'affection et on put délimiter, un peu à droite de la ligne médiane, une petite tumeur globuleuse, assez régulière, de consistance égale, résistante et présentant le volume d'une mandarine.

On parla de tumeur annexielle et on envisagea une intervention ; mais, dans les jours qui suivirent, le kyste diminua considérablement, toute trace de douleur avait disparu depuis un certain temps, lorsque, au 2 novembre, une deuxième crise, aussi violente que la première, survint. Son évolution ressembla en tous points à celle de juillet ; la tumeur avait cependant augmenté considérablement de volume et occasionnait par sa présence des douleurs assez violentes : aussi le médecin traitant, soupçonnant un kyste ovarique compliqué de torsion du pédicule conseilla-t-il une intervention.

A son entrée dans le service, Louise B... est dans un bon état de santé générale, ses principaux organes fonctionnent normalement. Le ventre est souple. La palpation permet de déterminer sur le côté droit de l'utérus, qui est légèrement refoulé à gauche, une tumeur régulière, peu mobile, présentant le volume d'une orange. S'appuyant sur l'histoire de la malade, sur l'augmentation assez rapide de cette tumeur après chaque crise et sur les symptômes actuels, on porta le diagnostic de kyste de l'ovaire droit compliqué d'une torsion incomplète de son pédicule et décida d'intervenir.

L'opération eut lieu le 2 décembre. Une laparotomie sous ombilicale permit d'arriver sur un kyste de couleur livide, affectant un certain nombre d'adhérences avec l'appendice et le péritoine pariétal. Son pédicule assez court était légèrement tordu sur son axe. L'ovaire était intact ; quant à la trompe, elle était aplatie et refoulée sur le flanc gauche de la poche. La libération de cette tumeur

et son extirpation furent rapidement effectuées et les résultats de l'intervention furent excellents en tous points. Le 22 décembre, la malade quittait le service, guérie.

L'examen de la pièce nous permit de constater que nous avions à faire à un kyste du parovaire rempli d'un liquide de couleur rouge-brunâtre. La paroi de cette poche épaisse de 6 millimètres et formée de tissu fibreux était recouverte à sa surface externe par un endothélium ; du côté de la surface interne, l'épithélium avait disparu et, à sa place, se trouvait une épaisse couche de fibrine dont les mailles regorgeaient de globules sanguins.

L'étude de cette observation nous porte à croire que nous nous trouvons en présence d'un cas d'apoplexie parovarienne. A deux reprises différentes, il a dû y avoir un commencement de torsion pédiculaire qui a déterminé chaque fois une poussée congestive, produisant ainsi les crises présentées par notre malade.

Pourquoi cette torsion est-elle restée incomplète ? On peut peut-être invoquer d'abord la raison d'un pédicule assez court et secondairement l'existence d'adhérences avec la paroi pariétale qui dans une certaine mesure auraient immobilisé la tumeur.

OBSERVATION IV

Torsion pédiculaire fixe d'un kyste du parovaire

(D^r MÉRUEL, *Toulouse Médical*, 1^{er} août 1909)

La malade M^{me} B..., est une jeune femme de 22 ans, mariée depuis deux ans, nullipare et ayant l'apparence extérieure d'une parfaite santé. Cependant, ses règles furent toujours douloureuses ; à certaines époques menstruelles le ventre se ballonnait, et on était amené à faire sur l'hypo-

gastre des applications chaudes. J'appelle déjà l'attention sur ces menstruations douloureuses provoquant une sorte de réaction péritonéale ; au cours de l'acte opératoire, j'en ai trouvé l'explication, contrôlant ainsi l'exactitude de ces crises péritoniques ébauchées mensuellement.

A part cette donnée très importante, l'histoire génitale de la malade ne nous apprendra rien d'autre : jamais de suspension de règles, jamais de fausses couches, pas de pertes blanches.

Depuis quelques mois, M^{me} B... éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, et se plaint de constipation, alors qu'elle avait auparavant des gardes-robes plus régulières. En outre, son ventre a grossi et elle a remarqué qu'il y avait une saillie anormale à l'hypogastre et sur la ligne médiane. Pour ces divers symptômes, elle fait appeler le médecin de son quartier le Dr V... qui diagnostique un kyste de l'ovaire. Je suis appelé par le Dr V..., quelques jours après, pour confirmer le diagnostic. En effet, je constatai l'existence d'une tumeur hypogastrique médiane, dépassant de deux travers de doigt la symphyse pelvienne, lisse, régulière au palper, mate à la percussion.

De plus, cette tumeur à contours bien limités, était *très peu mobile* dans le sens latéral, je la sentais à *peu près fixée* derrière la paroi abdominale et plongeant dans une certaine mesure dans l'excavation pelvienne.

Par le toucher vaginal, je trouvais un utérus abaissé par la tumeur qui remplissait les culs-de-sac antérieur et latéral gauche ; cet utérus était nettement indépendant de la tumeur. De plus, par le toucher et le palper combinés, on sentait la fluctuation très nette dans cette tumeur abdomino-pelvienne.

Les divers diagnostics à faire dans l'espèce, la grossesse également, puisqu'il y avait du colostrum à l'expression des seins — ayant été successivement écartés, je conclus au diagnostic du kyste de l'ovaire tordu, avec adhé-

rênces péritonéales, qui expliquaient son absence de mobilité et qui, d'autre part, s'accordaient avec les antécédents de réaction péritonéale au moment de certaines époques menstruelles.

Laparotomie, le 7 décembre 1908; anesthésie à l'éther. Dès l'ouverture de la séreuse — qui ne renfermait pas d'ascite — je vis dans la région sus-pubienne une tumeur, vraisemblablement kystique, et grosse à peine comme un melon. Elle avait cette particularité de ne point s'offrir dans l'entrebaillement de la plaie abdominale; elle demeurait profondément située dans le bassin, où elle semblait fixée; c'étaient là des caractères un peu particuliers qui devaient faire penser à un kyste de l'ovaire sortant de la banalité ordinaire. En outre, ce kyste adhérait par toute sa partie postérieure et par son dôme à l'intestin et à l'épiploon, il tenait aussi au péritoine pariétal par ses parties latérales. Mais ces adhérences, qui expliquaient les crises péritoniques au moment des époques menstruelles, ne devaient être que d'un faible intérêt à côté de ce que je trouvais ensuite.

Je ponctionnai le kyste sur la ligne médiane puis je commençais à l'extérioriser. La dissection des adhérences intestinales fut un peu délicate, j'y parvins néanmoins sans trop de difficultés. Au moment de mettre une pince-clamp sur le pédicule, je m'aperçois qu'il est *tordu* sur lui-même une fois et demie, qu'il est *court* et qu'il comprend la *trompe* et l'*ovaire*.

Cet ovaire est celui du côté gauche, il est tourné en avant de la masse pédiculaire et il est *indépendant du kyste*, dont il est séparé par une membrane analogue à un méso et longue de un bon centimètre. L'ovaire droit étant bien à sa place, il n'y avait pas de doute sur l'indépendance de l'ovaire gauche d'avec la tumeur kystique. Il s'ensuivait que j'avais à faire à une tumeur kystique indépendante de l'ovaire, mais adjacente à celui-ci : il s'agissait en définitive d'un *kyste du parovaire gauche*.

Je fis donc la ligature de ce pédicule et la tumeur fut enlevée sans autre particularité. Je ne dirai rien du reste de l'opération qui fut classique.

Les suites opératoires furent apyrétiques, normales. Deux points de la suture enlevés prématurément à cause d'un petit hématome menaçant, favorisèrent une déhiscence de la ligne de réunion abdominale, mais tout rentra dans l'ordre au bout d'une quinzaine de jours, et la malade se leva le 20 janvier 1909.

Vingt jours après l'opération, les règles revenaient et cette fois sans douleur, sans ballonnement, sans vomissements, comme auparavant. Les mois suivants, la période menstruelle reparut également sans provoquer de douleurs, ce que la malade ne connaissait plus depuis longtemps, et il en est de même depuis lors.

Je vous présente cette tumeur kystique que j'ai fait examiner par M. le professeur Herrman. Le liquide qui le remplissait était franchement hémattique, rouge vif, constitué par de la sérosité sanguinolente.

Vous pouvez vous rendre compte :

1° De la situation indépendante de l'ovaire par rapport à la tumeur ;

2° De la position de la trompe qui s'étale en sautoir sur la poche kystique, ainsi qu'il est coutume de le voir ;

3° De la constitution de cette poche à l'intérieur, elle est uniloculaire, et ses parois sont épaisses.

4° Des adhérences, qui sont encore reconnaissables sur la face externe de la poche, sous forme de débris fibreux et de loques épiploïques qui tiennent encore.

A la partie inférieure de la poche kystique, existait une portion plus ferme grosse comme une noix, je l'ai donnée à examiner histologiquement, et l'on m'a répondu que sur plusieurs coupes pratiquées, il n'y avait point trace de tissu inflammatoire. L'ovaire n'a donc rien à voir dans la constitution de la tumeur, laquelle a pris naissance dans le

ligament large, aux dépens de parovarium, de l'organe de Rosenmüller.

L'ovaire, tangent au kyste, a suivi celui-ci dans son mouvement de torsion, puisque je l'ai trouvé en avant du pédicule, et placé de champ. Il était presque de volume normal et à la coupe on y voyait des foyers hémorragiques récents.

Le pédicule mesurait 3 centimètres de longueur sur 4 à 5 de largeur, autant que l'on peut s'en rendre compte sur cette pièce traitée par le formol ; je pense que, à l'état frais, ces dimensions étaient dépassées, à cause du nombre de tours (un et demi) qu'il présentait.

CONCLUSIONS

1° Contrairement au pédicule des kystes de l'ovaire qui est *toujours mince*, celui des kystes parovariens est *toujours large*.

2° C'est à la largeur de ce pédicule qu'est due la rareté de la torsion de ces kystes.

Pour qu'elle se produise il faut :

a) que le pédicule soit exceptionnellement long et grêle.

b) que le volume du kyste soit assez important.

3° Quand la torsion a pu se produire, c'est encore à la largeur du pédicule qu'est due la bénignité relative des lésions consécutives. Après une courte phase de congestion, il se fait une véritable accommodation circulatoire d'où absence fréquente de sphacèle et d'hémorragies.

4° Le diagnostic d'un kyste de l'ovaire tordu est cliniquement à peu près impossible.

5° L'ablation de la tumeur par laparotomie médiane est le seul traitement universellement employé.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFIERI. — Annali di ostetrica e ginecologia (Milan), 30 septembre 1913 t. XXXV.
- ARNING. — Arch. f. gyn., t. X. p. 392.
- BALFOUR MARSHALL. — Au journal of obst. and gym. of the British Empire. Mars 1914, t. XXV.
- BANTOCK. — Transact of the obst. Society of London 1874, t. XIV.
- BARON. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Thèse de Paris, 1898.
- BÉGOUIN. — Société de gynécologie d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux, 25 mai 1897.
- BINAUD. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1896 n° 23.
- BOUILLY. — La gynécologie, 1898. p. 481.
- BOURSIER. — Précis de gynécologie.
- CASTANEDA. — Kystes du ligament large. Thèse de Paris 1882.
- CHAVANNAZ. — Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux, 1817, 1903.
- Bulletin médical. septembre 1905.
- COCQUELET. — Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large. Thèse de Paris, 1897.
- CORTIGUERA. — Médica de Salamenca. Aun. de gym. obst. ped. de Madrid, 1896.

- DUPLAY. — Archives de tocologie, 1882 - 1883.
- DE SINÉTY. — Traité pratique des maladies des femmes, 1884.
- EDEBOLHS. — Migrated ovarian and parovarian tumors. Médical Record
18 août 1901.
- FAUVELL. — Quart m. j., scheffield, 1893 - 1894. p. 247.
- FIEUX. — Société de gynécologie, d'obstétrique et de pœdiatrie de
Bordeaux, mai 1897.
- FOLLIN. — Recherches sur le corps de Wolff. Thèse de Paris, 1850.
- FOSSATI. — Annali di ostétrica a gin. 1988. Décembre.
- PANAS. — Archives de tocologie, avril 1875.
- PAPE. — Société des médecins de Dusseldorf, 8 février 1909.
- PANCET et VANDERTS. — Nord médical, 1908, XIV.
- PERCIVAL COLL. — The British medical, journal, 5 mars 1910.
- PILLIET et SOULIGOUX, — Kystes du ligament large et du canal de
Gartner. Bulletin soc. anat., 1894, p. 412.
- POZZI. — Traité de Gynécologie, 1867, pp. 803 et 806.
- PURSHOW. — Brit. m. J. Lond., 1907.
- QUENU. — Revue de chirurgie, 1890.
- RAIMONDI. — Des kystes du ligament large. Thèse de Paris, 1897.
- RIOMS. — Thèse de Bordeaux, 1906, n° 43.
- SIKORA. — Presse médicale, 29 mai 1903.
- SOREL. — Rev. méd. de Normandie, 10 septembre 1903.
- SPENCER WELLS. — Méd. chirurgie. Transactions, t. XLVIII à LIV.
- TOURNEUX et FABRE. — Soc. chir. Touloute, 27 mars 1914.
- TOURNEUX et LAGARDE. — Toulouse médical, 1910, pp. 352-354.
- VAUVERTS. — Ann. de gyn. et d'obst., 1905.

- VANTRIN. — Réunion obst. et gyn. de Nancy, 22 mars 1914.
- VERNEUIL. — Mém. de la soc. de chirurgie. Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff, t. IV., 1852.
- VILLARD. — Kyste du ligament large, torsion, ablation par voie vaginale sem gynécol.. 1905, p. 53.
- WASHINGTON ATLEE. — Transact of the obst. society of Cincinnati, avril 1878.
- GASBARRINI. — Rassegna obst e gyn. di Napoli 1910.
- GIRARD. — Des Kystes du parovaire avec persistance du canal de Gartner. Thèse de Paris 1894.
- GOLDSCHMIDT. — Monatsschrift für geburts und gyn., 6 décembre 1911.
- HARTMANN. — Annales de gyn. et d'obst., 1903-1905.
- HERBEAUX. — Journal des Sciences médicales de Lille, 23 juillet 1899.
- LACOUTURE. — J. méd. de Bordeaux 1906, p. 365.
- LANCE. — Société anatomique, 23 janvier 1903. Semaine médicale, 29 août 1903.
- LAYSON TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Trad. Olivier, 1886, p. 381.
- LE DANTEC et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, 1901, p. 206, t. X.
- LEGUEU. — Kystes Wolffiens du ligament large. Ann. de gyn. et d'obst., 1896, t. XLV, p. 114.
- LENZI. — Arch. di ostet e gin. Napoli. 1906 p. 673-688.
- LERIVRAIN. — Kystes du ligament large à pédicule tordu. Thèse de Paris 1903.
- LUND. — Boston med. and surg. Journal 1900, CXLIII.
- MANGIN. — Aperçu de l'état des kystes parovariques à propos d'un kyste séreux du ligament large. Nouv. Archives d'obst. et de gyn., 25 juin 1888, p. 104.

- MATTI. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie, juillet 1909.
- MÉRIEL. — Toulouse médical 1909, p. 209-216.
- MORENO. — Revista Ibero-Americana di ciencias médicas, t. XXIII, juin 1910.
- NACH. — Proc. Roy. soc. méd. Lond., 1909.
- NOEGERRATH. — Philadelphia medic. and surgie. Report octobre 1876.
- NOGUEIRA. — Rev. de med. y cirurg de la Habana 1911, t. XVI.
- OPITZ. — Société obst. et gyn. du bas Rhin et de Westphalie, 31 mai 1908.
- PALMER. — American Journal of obstétrics 1879, p. 345.
-

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 14 mai 1920.

Le Recteur :

JEAN COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 12 mai 1920.

Pour le Doyen,

Le Professeur délégué,

M. GRANEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
